

Teki S. Hegwood, M.D.

Dia : _____

Referido por	Domicilo, ciudad, estado, codigo postal	Telefono #
--------------	---	------------

Nombre	Estado marital	Fecha de nacimiento	Edad	Seguro Social
Domicilio	Ciudad, estado, codigo postal	Numero de casa #		
Direccion postal , (si es diferente de arriba)		Numero de Celular #		
Empleador	Occupacion	Tiempo Trabajando	Numero de empleador #	
<input type="checkbox"/> Esposo o <input type="checkbox"/> Padres Nombre		Fecha de nacimiento	Seguro Social #	
Esposo o padres empleador	Occupacion	Numero de Empleador #		
Familiar cercano , diferent de arriba		Relacion	Numero de telefono #	
Doctor familiar	Contacto de emergencia	Numero #		
Algun familiar a sido visto e esta oficina ?				

Seguro primario

Seguro secundario

Nombre del seguro

Nombre del seguro

Nombre de asegurado Fecha de nacimiento

Nombre de asegurado Fecha de nacimiento

SEGURO AUTHORIZARTION Y ASIGNACIÓN (leer por favor y firme)

Autorizo por este medio que Teki Hegwood, M.D. para dar información a los agentes de seguro referentes a mi enfermedad y tratamientos y yo asigne por este medio a todos los pagos del médico para los servicios médicos rendidos a mi o a mis dependientes. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por mi seguro.

Dia _____ Firma _____

Todos los servicios profesionales rendidos se cargan al paciente. Necesarios formularios serán llenados para apresurar los pagos del seguro para el cuidado especial. El paciente es responsable de todos los honorarios, cueste lo que cueste de la cobertura de seguro. Es acostumbrado pagar servicios cuando está rendido a menos que se hayan tomado otras medidas. Entiendo que habrá pago de \$35.00 en cancelaciones si el aviso no es dado en un plazo de 24 horas.

Gracias Dr. Teki Hegwood